

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------|------------|------------------|----------------------|
| 障害者・児 | フリガナ | | | | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| | 受診者氏名 | | | | | | 大正 昭和 平成 令和 |
| | フリガナ | | | | 電話番号 | | |
| | 受診者住所 | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ | | | | 受診者との関係 | | |
| | 保護者氏名 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | 電話番号 ※2 | | |
| | 保護者住所 ※2 | | | | | | |
| 保護者個人番号 | | | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者証の記号及び番号 | | | 保険種別 ※3 | | | 保険者名 |
| | 受診者と同一保険の加入者氏名・個人番号 | | | | | | |
| | () () () () () () | | | | | | |
| | 該当する所得区分 ※4 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | | | | 重度かつ 継続 ※4 | 該当・非該当 |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | | 手帳有効期限 | | | | | |
| 受信を希望する指定自立支援医療機関 (薬局・訪問看護事業者を含む) | 医療機関名 | | | | 所在地・電話番号 | | |
| | 医療機関 | | | | | | |
| | 薬局 | | | | | | |
| | その他 (訪問看護事業者等) | | | | | | |
| 受給者番号 ※5 | | | | 受給者証有効期限 | | | |
| 治療方針の変更 ※6 | 有・無 | | 診断書の添付 ※6、※7 | 有・無 | | | |
| 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 | | | | | | | |
| 申請者氏名 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 長崎県知事 様 | | | | | | | |

①

※1 新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに□囲み、又は○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 健保（本人・家族）、国保（一般・退職本人・退職家族）、共済（本人・家族）、老保などの種類を記入。

※4 該当すると思う区分に□囲み、又は○をする。

※5 再認定または変更の方のみ記入。

※6 繼続申請（診断書の提出が2年目のこと）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

自治体記入欄

| | | | |
|----------|--|------------|--------|
| 申請受付年月日 | 進達年月日 | 認定年月日 | |
| 前回所得区分 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ 継続 | 該当・非該当 |
| 今回所得区分 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ 継続 | 該当・非該当 |
| 所得確認方法 | 個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ） | 標準負担額減額認定証 | |
| 前回の受給者番号 | 今回の受給者番号 | | |
| 診断書の提出 | 医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規 | | |
| 備考 | | | |